

Caso aislado

Bezoares gástricos asociados a obstrucción por heterotopia pancreática pilórica

M. Medina-Pérez y A. Reyes López

Hospital de la Merced, Osuna.

SUMMARY

Background: We report a case of gastric bezoars associated with pyloric pancreatic heterotopy. Material and method: A 53-year-old woman clinically diagnosed as having duodenal ulcer presented abdominal pain. Endoscopy disclosed 2 gastric bezoars and pyloric stenosis. Hemigastrectomy and vagotomy were performed. Results: The pathological study showed phytobezoars and pyloric stenosis due to heterotopic pancreas. Conclusion: Pyloric obstruction by pancreatic heterotopy is a potential cause of gastric retention and bezoar production. Rev Esp Patol 1998; 31(2): 137-140.

Key words: Bezoars - Heterotopic pancreas - Pancreatic heterotopy - Pyloric stenosis

RESUMEN

Planteamiento: Presentamos un caso de bezoares gástricos asociados a ectopia pancreática pilórica. Material y método: Una paciente de 53 años, que estaba diagnosticada de úlcus duodenal, consultó por dolor abdominal. En el estudio endoscópico superior se encontraron 2 bezoares gástricos grandes y obstrucción pilórica. Se practicó hemigastrectomía con vagotomía. Resultados: El estudio histopatológico demostró que se trataba de dos fitobezoares, y que existía una estenosis pilórica por un páncreas ectópico situado en la misma zona. Conclusión: La obstrucción pilórica por heterotopia pancreática es una causa potencial de retención gástrica y producción de bezoares. Rev Esp Patol 1998; 31(2): 137-140.

Palabras clave: Bezoares - Páncreas ectópico - Heterotopia pancreática - Estenosis pilórica

INTRODUCCIÓN

Durante siglos se ha sabido que los bezoares ocurrían en el tracto gastrointestinal del hombre y de animales, sobre todo rumiantes. Etimológicamente, bezoar deriva de la palabra árabe *badzehr* o de la persa *panzher*, en su acepción como antídoto (1). De hecho, ya se le atribuían propiedades curativas y místicas.

Los bezoares gástricos son concreciones o aglomeraciones localizadas en el estómago, constituidas por una gran cantidad de sustancias, sobre todo fibras vegetales, frutas o pelos, así como otras sustancias más extrañas (cemento, etc.).

Presentamos un caso de fitobezoares gástricos en una paciente que resultó tener una obstrucción pilórica por un páncreas ectópico. Esta asociación ha sido poco comunicada en la literatura.

las masas mamarias (3). La sustancia amiloide está formada por fibrilas rectas de entre 70 y 100 Å de diámetro, y con una estructura beta plegada. En cuanto a la composición química, se habla de amiloide de tipo AL cuando en su composición predominan las cadenas ligeras, y amiloide de tipo AA cuando la sustancia está constituida, fundamentalmente, por proteína A. Los depósitos viscerales circunscritos suelen denominarse tumores amiloides. Presentamos un caso de tumor amiloide localizado de la mama de tipo AA.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

La historia clínica corresponde a una mujer de 36 años que acudió al médico por sensación de nódulo en la mama derecha. A la exploración física, efectivamente, se palpaba un nódulo en el cuadrante superoexterno. Las características mamográficas fueron inconclusas, e incluían microcalcificaciones. Se realizó una PAAF, que fue acelular. Con estos datos se procedió a la exéresis reglada del nódulo.

El material recibido para diagnóstico intraoperatorio estaba constituido por varios fragmentos amarillentos, duros, granulares, que en total representaban un nódulo aproximado de 4-5 cm. La impresión macroscópica era de carcinoma, por su dureza. La misma impresión tuvo el cirujano en la intervención. En los cortes de congelación llamó la atención una intensa reacción granulomatosa de tipo cuerpo extraño, y por la que se hizo el diagnóstico de mastitis granulomatosa, sin evidencias de estructuras neoplásicas. De esta suerte, la intervención se limitó a una tumorectomía.

Histológicamente, la lesión estaba constituida por depósitos de una sustancia amorfa, rasgada, eosinofílica, que se distribuía tanto en nódulos bien definidos (Fig. 1) como alrededor de los conductillos mamarios (Fig. 2). Era muy llamativa la reacción granulomatosa tipo cuerpo extraño, en relación con dichos depósitos (Fig. 3). En algunos focos se advertían acúmulos de linfocitos y células plasmáticas (Fig. 4). También se observaban focos de metaplasia ósea. El material se teñía de rojo anaranjado con la tinción de Rojo Congo, y mostraba birrefringencia de color verde manzana con la luz polarizada. Esta tinción se perdía cuando se realizaba pretratamiento con permanganato potásico, es decir, era per-



Figura 1. Depósito de material eosinofílico que incluye el tejido adiposo (original, HE $\times 40$).

manganato sensible. Por lo tanto, quedaba claro que se trataba de sustancia amiloide de tipo AA. Se tallaron diversos bloques, y en ninguno se encontró evidencias de neoplasia. Se revisaron las preparaciones de la PAAF previa, sin que se encontrara material amorfo.

El estudio inmunohistoquímico con estreptavidina-peroxidasa previa agitación con microondas en tampón citrato (4) confirmó la naturaleza AA del amiloide (Dako). No se encontraron depósitos de cadenas kappa ni lambda, excepto en las células plasmáticas presentes en los acúmulos linfoplasmocitarios.

El estudio ultraestructural (Fig. 5) demostró que el material amorfo estaba constituido por masas de filamentos de 7 a 12 nm de diámetro, que se disponían en haces compactos. Los filamentos eran rectos y estaban desprovistos de ramificaciones. Ocasionalmente se veían fibroblastos, fibras de colágena y microcalcificaciones.



Figura 2. Tejido pancreático. Se ven los islotes endocrinos dispersos entre el componente exocrino (original, HE $\times 100$).



Figura 3. Estructuras ductales ramificadas rodeadas de fibras musculares (original, HE $\times 100$).

ingestión de sustancias extrañas representan otro grupo etiológico.

La presentación clínica más frecuente de los bezoares gastrointestinales es el dolor epigástrico, referido hasta en el 70% de los casos. Además, se puede originar obstrucción del tracto de salida gástrico o intestinal (5).

El páncreas es un órgano que contiene células exocrinas y endocrinas, y se origina a partir del endodermo (6). La mayoría de las heterotopias pancreáticas se localizan en el estómago, duodeno y yeyuno (7), aunque su frecuencia varía según las series. Esto refleja, probablemente, diferencias en el examen macroscópico y tallado de las piezas quirúrgicas. Se han apuntado dos teorías para explicar la existencia de tejido pancreático ectópico: algunos bezoares se originarían por emigración de tejido pancreático en la época fetal hacia el estómago, y

otros por la penetración de mucosa gástrica inmadura en la submucosa, con diferenciación secundaria hacia estructuras pancreáticas (8).

El tejido heterotópico puede estar constituido por estructuras acinares, islotes y conductos, o bien por algunos de esos componentes. Si sólo se encuentran estos últimos rodeados de tejido muscular se suele hablar de hamartoma mioglandular o adenomioma. Hasta 1993 se han comunicado 38 casos de adenomiomas gástricos (9). La edad de presentación varía desde las 8 semanas hasta los 81 años. Fundamentalmente, se localizan en el antro (85%) y, en menor medida, en el píloro (15%). Con la simple visión endoscópica no se puede distinguir de la heterotopia pancreática completa. El diagnóstico es histológico, encontrándose haces de músculo liso hipertróficos y una variedad de elementos epiteliales que van



Figura 4. Acúmulo linfoplasmocitario (abajo) y amiloide (arriba).



Figura 5. Zona periférica de acúmulo compacto de filamentos de amiloide (microscopia electrónica, original $\times 8900$).

McMahon (8) publicó un caso con demostración histoquímica e inmunohistoquímica de la composición AL del amiloide e, igualmente, en ausencia de enfermedad sistémica conocida. Lynch (9) aporta otro con una excelente iconografía del material de la punción; dicho caso fue bilateral, y la naturaleza AL de la lesión se estableció por tinción histoquímica, sin confirmación inmunohistoquímica ni ultraestructural. Resalta en él la intensa reacción granulomatosa de tipo cuerpo extraño a la sustancia amiloide. Tampoco se encontró enfermedad inmunológica o sistémica asociada.

Habitualmente, el amiloide de tipo AA se deposita en los tejidos en el contexto de un proceso inflamatorio crónico. Entre las entidades más frecuentemente asociadas a amiloidosis de este tipo se citan la artritis reumatoide, la espondilitis anquilopoyética e infecciones varias. De ahí que nuestro caso es uno de los pocos descritos como

constituido por amiloide AA, pero no secundario a procesos sistémicos. Se habla de amiloidosis primaria para definir aquella en la que no hay evidencias de enfermedad de base, o si la hay se trata de un mieloma. El amiloide que se deposita es de tipo AL.

Radiológicamente, los tumores amiloides de la mama pueden simular un carcinoma, según su aumento de densidad, junto con las microcalcificaciones que habitualmente poseen. Este hecho se constata en prácticamente todos los casos revisados. Algunos autores han conseguido identificar la sustancia amiloide en el material de punción, normalmente, después de haber hecho el diagnóstico por la biopsia. Nosotros no lo pudimos apreciar al revisar la PAAF. Lynch (9) resalta la reacción granulomatosa presente en los extendidos celulares, claramente visibles en las fotografías de su artículo. Este dato es común en todos los casos publicados. Nosotros, por